

Laparoskopik kolesistektomi deneyimimiz: 312 olgunun değerlendirilmesi

Laparoscopic cholecystectomy. Experience with 312 consecutive patients.

Fahrettin Yıldız, Alpaslan Terzi, Osman Bardakçı, Ali Uzunköy

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Şanlıurfa

Yazışma adresi:

Yrd. Doç. Dr. Fahrettin YILDIZ

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Harran Üniversitesi, Yenişehir kampüsü, Şanlıurfa, Tel: (414) 318 31 38,
e-mail: fahrettinyildiz@hotmail.com

Özet

Amaç: Laparoskopik kolesistektomi yaptığımız 312 olguyu geriye dönük olarak irdeleyerek sonuçlarımızı sunmayı planladık.

Materyal ve metod: Kliniğimizde Ocak–2006 ile Mart–2010 tarihleri arasında yapılan laparoskopik kolesistektomi olgularının demografik özelliklerini geriye dönük olarak inceledik.

Bulgular: Toplam 312 olgunun 230'u bayan, 82'si erkek idi. Yaş ortalaması 50,9 (15–83) idi. Elektif kolesistektomi yaptığımız hastalarda ortalama yatış süresi 1,7 (1–4) gün, acil opere ettiğimiz hastalarda ortalama yatış süresi 3,9 (1–40) gün idi. Açığa geçme oranımız %4,8 idi. Acil şartlarda opere edilen hasta sayısı 23 idi. Onsekiz hasta akut kolesistit nedeniyle, 2 hasta hidropik kese, 2 hasta safra kesesi perforasyonu, 1 hastada bilier kolik nedeniyle opere edildi. Elektif olarak opere edilen 289 hastanın 280 tanesi safra kesesi taşı, 5 hasta safra kesesi polibi, 3 hasta safra kesesi tümörü, 1 hasta tıkanma ikteri nedeniyle opere edildi. Elektif olarak opere edilen 11 (%3,5) vakada açığa geçildi. Dört hastada sistik arter yaralanması mevcut olup 1'inde açığa geçildi. Bir hasta pulmoner emboli, 2 hasta post op ileus nedeniyle medikal olarak takip edildi. Dört hastada umblikustaki trokar yerinde insizyonel herni gözlemlendi. Üç hastada trokar yeri enfeksiyonu gelişti.

Sonuç: Laparoskopik kolesistektomi, elektif kolelitiazis olgularında olduğu gibi akut kolesistit olgularında da açık cerrahiye göre güvenli bir alternatiftir. Laparoskopik teknik, düşük komplikasyon oranına sahiptir ve hastaya daha konforlu postoperatif dönem sunar fakat daha fazla tecrübe gerektirir. Bununla beraber özellikle akut kolesistit tedavisinde erken laparoskopik cerrahi güvenli olarak tercih edilebilir.

Anahtar kelimeler: kolesistektomi, laparoskopi, akut kolesistit

Abstract

Background: In this study we aimed to present the results of 312 cases of laparoscopic cholecystectomy retrospectively.

Methods: We examined the demographic properties of the patients who had laparoscopic cholecystectomy in our clinic from January 2006 to March 2010.

Results: Of a total 312 patients, 230 were female, 82 were male. The mean age of the patients' was 50.9 (15-83). The average hospitalization time for the elective cholecystectomy patients was 1.7 (1-4) day and for emergent cholecystectomy was 3.9 (1-40) day. The ratio of conversion to open procedure was 4.8%. Twenty three of the patients were operated emergently. Eighteen patients were operated for acute cholecystitis, 2 for hydropic gall bladder, 2 for gall bladder perforation and 1 for biliary colic. Two hundred eighty-nine were operated on an elective basis, 280 of them were cholelithiasis, 5 of them were gall bladder polip, 3 of them were gall bladder tumor and one of the was obstructive jaundice. Eleven patients (3.5%) operated on elective basis were converted to laparotomy and open cholecystectomy. Cystic artery was injured in 4 patients and 1 of them was converted to open procedure. One patient had pulmonary embolism and two had postoperative ileus. In the follow up period 4 patients developed an incisional hernia on the umbilical trocar site and 3 patients developed a wound infection.

Conclusions: Laparoscopic cholecystectomy is a safe alternative to open procedure for patients with acute cholecystitis as for elective cholelithiasis cases. The laparoscopic technique has a low rate of complications and offers the patient a more comfortable postoperative period but experience with this technique is necessary. Therewithal early laparoscopic cholecystectomy may be preferred especially for the treatment of acute cholecystitis safely.

Key words: cholecystectomy, laparoscopy, acute cholecystitis

Giriş

İlk kez 1980'lerde yapılan laparoskopik kolesistektomi ameliyatı kısa zaman içinde safra kesesi taşların tedavisinde "altın standart" olarak yerini almıştır. Deneyimin artması ve özel laparoskopik aletlerin gelişmesiyle genel cerrahinin birçok vaka çeşidinde kullanılmaya başlanılan laparoskopik cerrahi, akut kolesistitin cerrahi tedavisinde de güvenle uygulanabilir hale gelmiştir.

Yapılan çalışmalarda akut kolesistit tedavisinde ilk 72 saatte yapılan erken cerrahinin gecikmiş cerrahiye üstün olduğu gösterilmiştir. Geçmişte akut kolesistit tedavisinde erken cerrahiden kaçınılırdı ve hastalar safra kesesinde inflamasyon azalınca kadar intravenöz sıvı, antibiyotik ve ağrı kesici ile medikal olarak tedavi edildikten sonra elektif olarak kolesistektomi (gecikmiş kolesistektomi) uygulanırdı. Yapılan prospektif randomize çalışmalar erken kolesistektominin geç kolesistektomiye göre birçok

avantajının olduğunu göstermiştir (1, 2). Bu avantajlar arasında toplam hastanede kalış süresinin az olması, hastalığın tedavisinin daha ucuza mal olması sayılabilir. Ayrıca komplikasyon oranlarında da bir değişiklik olmadığı vurgulanmaktadır.

Materyal ve metod

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda Ocak-2006 ile Mart-2010 tarihleri arasında yapılan laparoskopik kolesistektomi olgularını geriye dönük olarak inceledik. Başlangıçta laparoskopik kolesistektominin kontrendike olması nedeniyle açık olarak başlanmış olan hastalar bu çalışmaya alınmadı. Preoperatif olarak biliyer pankreatit tanısı olan hastalar çalışmadan dışlandı. Kolesistektomi sebebi hastaların çoğunda semptomatik kolelitiazis olmakla beraber akut kolesistit, safra kesesi polibi ve safra kesesi tümörü diğer sebepler arasındaydı.

Hastaların cinsiyetleri, yaşları, belirtileri, laboratuvar değerleri, gelişen komplikasyonlar, açığa dönme nedenleri, hastanede kalış süreleri değerlendirildi. Akut kolesistit tanısı hastanın klinik bulguları, laboratuvar değerleri ve görüntüleme yöntemlerinin birlikte değerlendirilmesiyle konuldu. Hastalığın şiddetinin daha doğru bir şekilde ortaya koyulması için görüntüleme yöntemleri, laboratuvar değerleri ve hastaların postop histopatolojik bulguları irdelendi ve komplikasyon gelişimi ve açığa dönüşü etkileyip etkilemediği değerlendirildi.

Bulgular

Çalışmamıza değişik sebepler nedeniyle kolesistektomi yapılan 312 olgu dahil edildi. Bunların 230'u bayan, 82'i erkek idi. Kolesistektomi yapılan bayan hasta sayısı fazlaydı. Yaş ortalaması 50.9(15-83) idi.

Hastaların geliş şikayetleri değerlendirildiğinde elektif kolesistektomi yapılan hastalarda en sık görülen belirti karın ağrısı idi. İkinci sıklıkta rastlanan belirti ise şişkinlik idi. Acil ameliyat edilenlerin hepsinde karın ağrısı şikayeti mevcuttu. Bu hastalarda ilave olarak bulantı, kusma, lökositoz, ateş yüksekliği, karaciğer fonksiyon testlerinde değişiklik gibi bulgulara da sık rastlanıldı. Semptom ve bulguların sıklığı tablo 1'de gösterilmiştir.

Elektif kolesistektomi yapılan hastalarda tanının konulması için genellikle batın ultrasonografisi yeterli idi. Bununla beraber ultrasonda safra kesesinde polip veya tümör görülen 8 hastada bilgisayarlı tomografi istendi. Akut kolesistit tanısıyla acil ameliyat edilen hastalarda ise ayırıcı tanı için 23 hastanın 5'inde bilgisayarlı tomografi

istendi.

Elektif şartlarda laparoskopik kolesistektomi yapılan hastalarda ortalama ameliyat süresi 48 (32-80) dakika idi. Acil şartlarda opere edilen hastalarda ise ortalama ameliyat süresi 135 (65-185) dakika idi. Hastanede kalış süreleri ise elektif kolesistektomi yapılan hastalarda 1,7 (1-4) gün iken akut kolesistitli hastalarda 3,9 (1-40) gün idi.

Acil şartlarda opere edilen hasta sayısı 23 idi. Onsekiz hasta akut kolesistit nedeniyle, 2 hasta hidropik kese, 2 hasta safra kesesi perforasyonu, 1 hasta da bilier kolik nedeniyle opere edildi. Elektif olarak opere edilen 289 hastanın 280 tanesi safra kesesi taşı, 5 hasta safra kesesi polibi, 3 hasta safra kesesi tümörü, 1 hasta tıkanma ikteri nedeniyle opere edildi. Safra kesesi tümörü olan hastalardan 2'sinin patolojik incelemesi benign, 1'i ise malign idi. Malign olanın histopatolojik değerlendirilmesi adenokarsinom olarak geldi ve evresi T1A idi. Kolesistektominin yeterli olduğu düşünüldü.

Elektif olarak opere edilen 289 hastanın 277'sinde operasyon başarıyla tamamlandı. Buna karşın 11 (%3,5) vakada açık kolesistektomiye dönüldü. Kolesistektomi esnasında 4 hastada sistik arter yaralandı ve bunlardan birinde kanama kontrol edilemediği için açığa geçildi. Bunun dışında en sık açığa geçme sebepleri anatominin ortaya konamaması ve ameliyatın ilerlememesi olarak not edildi. Acil şartlarda ameliyat edilen 23 hastanın 4'ünde açığa dönüldü (Şekil 1). Bu hastalarda açığa dönülme nedeni de anatominin ortaya konulamaması idi ve daha sık şiddetli inflamasyon veya yoğun yapışıklıklar nedeniyle Callot üçgeninin tam olarak ortaya konamamasına bağlı idi.

Elektif veya acil şartlarda yapılan hastalarda mortalite görülmedi. Toplam 312 hastada görülen komplikasyon sayısı 10 (%3.2) idi. Üç hastada trokar yeri enfeksiyonu gelişti. Bu hastalarda sütürler alınarak drenaj yapıldı ve antibiyotik tedavisi verildi. İki hastada postop ileus gelişti ve medikal tedavi ile düzeldi. 1 hastada ise pulmoner emboli gelişti ve medikal tedavi ile düzeldi. Postop geç dönemde ise 4 hastada umbilikal trokar yerinde insizyonel herni gelişti (Tablo 2).

Tartışma

Laparoskopik kolesistektominin daha iyi kozmetik, daha erken iyileşme süresi, daha az postoperatif ağrı ve pulmoner komplikasyonlar gibi açık avantajları vardır ve semptomatik safra kesesi taşlarının tedavisinde "altın standart" olarak kabul edilmektedir (3, 4). Laparoskopik cerrahide tecrübenin artmasıyla beraber akut kolesistit gibi daha komplike hastalıklar da laparoskopik olarak tedavi edilmeye başlanmıştır.

Akut kolesistitli vakalarda cerrahinin zamanlaması ile ilgili tartışmalar vardır. Akut kolesistit tedavisinde erken cerrahi ile medikal tedavi sonrası 4–6 gün sonra yapılan kolesistektomi (geç kolesistektomi) karşılaştıran randomize kontrollü çalışmalarda erken cerrahi yapılan hastalarda daha kısa ameliyat süresi, daha az kan kaybı, daha az komplikasyon oranı ve daha az hastanede kalış süresi tespit edilmiştir (5–7). Erken cerrahinin ne kadar erken yapılacağına dair net bir fikir birliği bulunmamaktadır. Bununla birlikte yapılan prospektif randomize çalışmalarda erken cerrahi grubuna ilk 48–72 saat içinde gelen hastalar kabul edilmektedir (8, 9). Biz de kliniğimize ilk 72 saat içinde gelen hastalarda erken laparoskopik kolesistektomi uyguluyoruz. Ayrıca erken cerrahi tanımındaki başka bir karışıklık ta bazı çalışmalarda süre, hastanın yatırılmasından cerrahiye kadar geçen zaman olarak kullanılırken başka çalışmalarda belirtilerin başlangıcından cerrahiye kadar geçen zaman olarak ifade edilmektedir (9). Biz semptomların başlangıcını kriter olarak kabul ediyoruz.

Laparoskopik cerrahide ameliyat süresi laparoskopik tekniklerin öğrenilmesiyle oldukça azalmıştır. Özellikle ameliyatı zorlaştıran şiddetli inflamasyon, geçirilmiş ameliyata bağlı yapışıklıklar yoksa ve anatomik anomaliler yoksa oldukça makul sürede gerçekleştirilebilmektedir. Bizim çalışmamızda ortalama ameliyat süresi elektif cerrahi uygulananlarda 48, acil kolesistektomi uygulananlarda ise 135 dakika idi.

Güncel çalışmalarda da akut kolesistit tanısıyla yatırılan hastalarda erken dönemde yapılan laparoskopik kolesistektominin, daha kısa hastanede kalış süresi, daha hızlı iyileşme ve daha ucuz maliyet gibi nedenlerle erken dönemde yapılan açık kolesistektomiye göre daha avantajlı olduğu gösterilmiştir (10, 11).

Yapılan çalışmaların çoğunda elektif laparoskopik kolesistektomi sonrası hastalar genellikle ameliyat günü akşamı veya operasyon sonrası 1. günde eve gönderilmektedir (12). Kliniğimizde bizim uygulamamızda genellikle bu şekildedir. Buna karşın akut kolesistit nedeniyle laparoskopik cerrahi sonrası hastanede kalış süresi biraz artmakla beraber akut kolesistit nedeniyle açık cerrahiye nazaran daha kısadır. Bizim çalışmamızda da akut kolesistit nedeniyle laparoskopik kolesistektomi yaptığımız hastalarda hastanede kalış süresi 3,9 gün idi.

Laparoskopik kolesistektominin kesin kontrendikasyonları arasında hastaların şiddetli

kronik obstrüktif akciğer hastalığı veya kardiyak ejeksiyon fraksiyonunun çok düşük olması gibi nedenlerle pnömoperitoneum uygulanmasını tolere edemeyecek hastalar sayılabilir. Bununla beraber geçirilmiş ameliyat varlığı ve obesite gibi önceleri kontrendikasyon sayılan kriterler günümüzde kontrendikasyon olarak sayılmamaktadır (13).

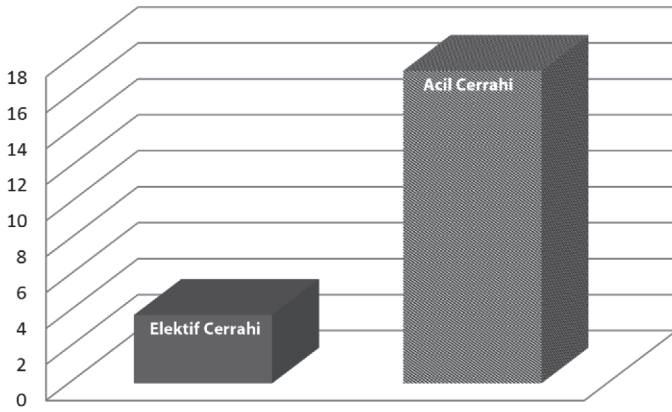
Laparoskopik cerrahide açığa dönme bir komplikasyon olarak düşünülmemeli ve ameliyatın ilerlememesi durumunda anatomik yapıların açığa konulamaması durumunda gecikmeden açık cerrahiye geçilmelidir. Laparoskopik cerrahinin başarısı tecrübe ve deneyimin artması, yeni aletlerin geliştirilmesi ile artmıştır ve buna paralel olarak laparoskopik kolesistektomide açığa dönme oranları oldukça azalmıştır. Literatürde laparoskopik kolesistektomide açığa dönme oranları farklılıklar göstermektedir ve %0–39 civarındadır (14–16). Bizim çalışmamızda da açığa dönme oranımız %4,8 idi. Bu elektif cerrahi uygulanan hastalarda %3,5, akut kolesistit nedeniyle acil kolesistektomi yaptığımız hastalarda %17 idi.

Laparoskopik kolesistektomi esnasında görülebilecek nadir fakat tehlikeli komplikasyonlar; ana damar yaralanması veya komşu organ yaralanmasıdır. Ana damar yaralanması daha sıklıkla veres iğnesi veya trokar girilmesi esnasında olur. Komşu organ yaralanmaları içinde barsak yaralanması olabilir ve veres iğnesi veya trokar girilmesi esnasında olur. Ayrıca koter kullanımına bağlıda görülebilir. Bizim serimizde bu komplikasyonlarla karşılaşmadık.

Kanama, laparoskopik kolesistektomi esnasında intraoperatif olarak en görülebilen komplikasyonlardandır. Klinik olarak önemli kanama %0,5 oranında bildirilmektedir (17). Bizim çalışmamızda da elektif cerrahi yaptığımız hastalardan 4'ünde sistik arter kanaması görüldü ve bunlardan birinde kanamayı kontrol edebilmek için açığa dönmek gerekti.

Yara yeri enfeksiyonu da literatürde %0,3–1 oranında belirtilmiştir (18, 19). Yara yeri enfeksiyonu sıklıkla Umbilikal trokar giriş yerinde veya safra kesesinin çıkarıldığı trokar yerinde ortaya çıkmaktadır. Bizim çalışmamızda da %1 oranında yara yeri enfeksiyonu tespit ettik.

Sonuç olarak, laparoskopik kolesistektomi elektif kolelitiazis olgularında olduğu gibi, akut kolesistit olgularında da açık cerrahiye güvenli bir alternatiftir. Laparoskopik teknik, düşük komplikasyon oranına sahiptir ve hastaya daha konforlu postoperatif dönem sunar fakat daha fazla tecrübe gerektirir. Bununla beraber akut kolesistit tedavisinde erken laparoskopik cerrahi güvenli olarak tercih edilebilir.



Resim 1: Elektif ve acil cerrahi sonrası açığa geçme oranları

Tablo 1: Semptom ve bulguların sıklığı

	Elektif kolesistektomi		Acil kolesistektomi	
	Sayı	%	Sayı	%
Sağ üst kadranda ağrısı	253	88	23	100
Bulantı kusma	54	19	18	78
Şişkinlik	141	49	-	-
Lökositoz	5	2	19	83
Karaciğer fonksiyon testlerinde bozulma	7	2	5	22
Toplam	289	%100	23	%100

Tablo 2: Komplikasyonların dağılımı

Komplikasyon	Sayı	%
Trokar yeri enfeksiyonu	3	1
İleus	2	0,6
Pulmoner emboli	1	0,3
Trokar yerinde herni	4	1,3
Toplam	10	3,2

Yazarlarla ilgili bildirilmesi gereken konular (Conflict of interest statement) : Yok (None)

Kaynaklar

- Norrby S, Herlin P, Holmin T, Sjödal R, Tagesson C. Early or delayed cholecystectomy in acute cholecystitis? A clinical trial. Br J Surg. 1983;70(3):163-165.
- Järvinen HJ, Hästbacka J. Early cholecystectomy for acute cholecystitis: a prospective randomized study. Ann Surg. 1980;191(4):501-505.
- Reddick EJ, Olsen DO. Outpatient laparoscopic laser cholecystectomy. Amer J Surg 1990;160:485-487.
- Berrgren U, Gordh T, Grama D, Haglund U, Rastad J, Arvidsson D. Laparoscopic versus open cholecystectomy: hospitalization, sick leave, analgesia and trauma responses. Br J Surg 1994;81:1362-1365.
- Lai PB, Kwong KH, Leung KL, Kwok SP, Chan AC, Chung SC, Lau WY. Randomized trial of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. Br J Surg 1998; 85: 764-767
- Lo CM, Liu CL, Fan ST, Lai EC, Wong J. Prospective randomized study of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. Ann Surg 1998; 227: 461-467
- Kiviluoto T, Siren J, Luukkonen P, Kivilaakso E. Randomized trial of laparoscopic versus open cholecystectomy for acute and gangrenous

- cholecystitis. Lancet 1998;351:321-325.
- Tzovaras G, Zacharoulis D, Liakou P, Theodoropoulos T, Paroutoglou G, Hatzitheofilou C. Timing of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a prospective non randomized study. World J Gastroenterol. 2006;12(34):5528-5531.
- Madan AK, Aliabadi-Wahle S, Tesi D, Flint LM, Steinberg SM. How early is early laparoscopic treatment of acute cholecystitis? Am J Surg. 2002;183(3):232-236.
- Kolla SB, Aggarwal S, Kumar A, Kumar R, Chumber S, Parshad R, Seenu V. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a prospective randomized trial. Surg Endosc 2004; 18: 1323-1327
- Chandler CF, Lane JS, Ferguson P, Thonpson JE. Prospective evaluation of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for the treatment of acute cholecystitis. Am Surg 2000;66:896-900.
- Peters JH, Ellison EC, Innes JT, Liss JL, Nichols KE, Lomano JM, Roby SR, Front ME, Carey LC. Safety and efficacy of laparoscopic cholecystectomy. A prospective analysis of 100 initial patients. Ann Surg. 1991;213(1):3-12.
- Frazee RC, Roberts JW, Symmonds R, Snyder SK, Hendricks J, Smith R, Custer MD. What are the contraindications for laparoscopic cholecystectomy?

- Am J Surg. 1992;164(5):491-494
- Johansson M, Thune A, Blomqvist A, Nelvin L, Lundell L. Management of acute cholecystitis in the laparoscopic era: results of a prospective, randomized clinical trial. J Gastrointest Surg. 2003;7:642-645.
- Bhattacharya D, Senapati PSP, Hurle R, Ammori BJ. Urgent versus interval laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a comparative study. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2002;9:538-542.
- Pessaux P, Tuech JJ, Rouge C, Duplessis R, Cervi C, Arnaud JP. Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis. A prospective comparative study in patients with acute vs chronic cholecystitis. Surg Endosc. 2000;14:358-361.
- Deziel DJ. Complications of cholecystectomy. Incidence, clinical manifestations, and diagnosis. Surg Clin North Am 1994; 74: 809-823
- Stoker ME, Vose J, O'Mara P, Maini BS. Laparoscopic cholecystectomy. A clinical and financial analysis of 280 operations. Arch Surg 1992; 127: 589-594; discussion 594-595
- Williams LF Jr, Chapman WC, Bonau RA, McGee EC Jr, Boyd RW, Jacobs JK. Comparison of laparoscopic cholecystectomy with open cholecystectomy in a single center. Am J Surg 1993;165: 459-465